

РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕАТИТОМ

Фомин А.В.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. В настоящее время уже не оспаривается значимость психосоциальных особенностей в возникновении болезни и влияние их на течение патологического процесса [1,3]. Вместе с тем качественные показатели психоэмоционального состояния и роль психологических особенностей среди других систем адаптации требует дальнейшего исследования клиницистов совместно с психологами.

Цель исследования. Разработка мероприятий повышения эффективности лечения на основании анализа показателей психоэмоционального состояния больных панкреатитом. Обследовано 63 пациента с острой атакой хронического панкреатита (ОАХП), находившихся на лечении в хирургических отделениях БСМП г. Витебска. Мужчин было 44, женщин 19 средний возраст $43,5 \pm 4,7$ лет. Обследование выполняли на 5-7 сутки от момента поступления. Проведены стандартные клиничко- лабораторные и инструментальные исследования. На добровольной основе 46 больным выполнено комплексное психологическое исследование. После купирования болевого синдрома с оценкой уровня болевого синдрома применением визуально аналоговой шкалы ВАШ комплексом психологических тестов оценивали качество жизни и психоэмоциональное состояние больных: личностные особенности анализированы применением теста СМОЛ, оценку качества жизни выполняли применением опросника SF36, уровень тревоги определяли применением методики интегративного теста тревожности (ИТТ).

Больные хроническим панкреатитом в силу морфологических изменений в поджелудочной железе испытывают постоянные страдания, обусловленные болевым синдром. При поступлении пациенты оценивали болевой синдром не ниже 80% по шкале ВАШ. В результате комплексного лечения на момент обследования у 58% больных уровень болевого синдрома по шкале ВАШ не превышала 10%. У остальных больных средний уровень болевого синдрома составлял 38,8%.

Психоэмоциональное состояние до данным теста СМОЛ у больных хроническим панкреатитом определялось высоким уровнем шкал 6(Pa) – ригидности 54,4Т баллов ($p \leq 0,01$) и эмоциональной лабильностью 3(Hy) - 51,6 Т баллов ($p \leq 0,05$), 9(Ma) 54,2Т баллов ($p \leq 0,01$). Тревожность 7(Pt) была повышена до 50,8 Т баллов ($p \leq 0,05$). Самые низкие показатели были на шкале 8 (Sc) - 45,4 Т баллов, что может указывать на отсутствие фантазии, сужение кругозора, и интереса к жизни, что может быть обусловлено алкоголизацией значительной части обследованных больных страдающих хроническим панкреатитом. Следует отметить и повышение по шкале 1(Hs) - невротического сверхконтроля до 51,5 Т баллов ($p \leq 0,05$) как следствие значительного ухода в болезнь. Напряжение психологической адаптации и состояние психологической дезадаптации с подъемами по основным шкалам профиля СМОЛ выше показателей у здоровых людей контрольной группы выявлены у 22 больных, что составило 64,7%.

Более глубокий анализ тревоги по данным теста ИТТ позволил диагностировать высокий уровень общей личностной тревоги в 47% случаев. Наоборот низкий уровень тревоги выявлен у 18,8% больных. В спектре тревожности у 53% пациентов выявлен высокий уровень по шкале социальной реакции защиты, с оценкой социальной среды как основного источника тревоги и неуверенности в себе. Высокий уровень эмоционального дискомфорта при оценке ситуационной тревожности установлен у 35,3% больных, высокий уровень астенического компонента выявлен в 41,2% случаев, высокий уровень фобического компонента у 35,3%, высокий уровень тревожной оценки перспектив зафиксирован у 29,4% больных, высокий уровень социальной защиты выявлен у 35,3% больных.

Анализ показателей качества жизни больных при хроническом панкреатите уже при значительно купированном болевом синдроме характеризовался снижением социальной активности (SF) до $26.6 \pm 7.2\%$ против $85.00 \pm 1.65\%$ у здоровых людей ($p \leq 0,05$), RE-роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности была снижена до $39,5 \pm 7.2\%$ против $65.00 \pm 1.32\%$ у здоровых ($p \leq 0,05$). Отмечено также снижение PF-физического функционирования до $39,1 \pm 3,4\%$, против $96.00 \pm 1.86\%$ ($p \leq 0,05$) в контрольной группе. Достоверное снижение показателей качества жизни отмечено по всем девяти основным шкалам теста SF 36.

Таким образом, на основании полученных данных установлено, что психоэмоциональные особенности больных с острой атакой хронического панкреатита характеризуются высоким уровнем тревоги, связью её с социальными факторами и скрытой враждебностью.

Можно предположить, что психоэмоциональное состояние в начале острой атаки хронического панкреатита даёт дополнительную информацию о степени адаптации. Полученные данные могут быть использованы для коррекции лечебных мероприятий. По завершении стационарного лечения психоэмоциональные особенности свидетельствуют о степени реабилитации, что также важно для обоснования назначения корригирующей терапии. Низкий уровень качества жизни требует разработки комплексного подхода к лечению больных хроническим панкреатитом. Консультирование психологом трёх больных ОАХП показало, что лечение данной категории пациентов у психолога может быть эффективным в результате программы мер, а не одновременного акта. На основании полученных данных можно сказать, что лечение больных острой атакой хронического панкреатита требует комплексного системного подхода, а именно в дополнение традиционной терапии применение при стационарном лечении и в рекомендациях амбулаторной терапии мероприятий общеукрепляющего характера и рациональной когнитивной психотерапии.

Литература:

1. Бримкулов Н.Н., Абдуллина А.А. Исследование качества жизни у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС - Вестник КРСУ 2002. - №1. - С.5 -10.
2. Завада Н.В. Неотложная хирургия органов брюшной полости (стандарты диагностики и лечения) // Мн.: БелМАПО, 2006. - 117с.
3. Собчик Л.Н. Стандартизованный многофакторный метод исследования личности СМИЛ – СПб.: Речь, 2001. – 218с.